

Persönliche Angaben

Name, Vorname: Krankenkasse:
 Geburtsdatum: Gesetzlich Privat
 Straße: Zahnzusatzversicherung Beihilfeberechtigt
 PLZ, Wohnort: Basistarif
 Versicherter (falls abweichend vom Patienten)
 Telefon (privat): Email:
 Beruf: Arbeitgeber:
 Behandelnder Hausarzt / Kieferorthopäde: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Allgemeine Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen von Herz und Kreislauf	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	
<input type="checkbox"/> Bypass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Atemnot
Infektionserkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> MRSA
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Chron. Niereninsuffizienz
Stoffwechselstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
Erkrankungen an Knochen/Skelettsystem	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Muskelerkrankung
			<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke
Erkrankungen von Magen, Darm	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Tumorleiden
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung	
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Allergien (Arzneimittelunverträglichkeiten) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein welcher Monat?:.....

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünnende Medikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> ASS	<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Xarelto, Plavix
Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			
Sonstige Medikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		

Zahnärztliche Anamnese

Rauchen Sie? ja nein pro Tag:

letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung am:

Wie alt ist vorhandener Zahnersatz (Prothesen/Kronen/Brücken)?

Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein

Einverständnis zum Recall

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? ja nein
 Dürfen wir Ihnen eine Erinnerungs-SMS/E-Mail über unseren Partner doctena senden? ja nein

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten.

Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter)
(Sollte kein Zertifikat vorhanden sein, gerne ausdrucken und unterschreiben.)